N° 19
3

DES RAPPORTS

DE

LA CHLOROSE

AVEC LA TUBERCULOSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Janvier 1901

PAR

Pierre PUJOL

Né aux Cammazes (Tarn), le 26 août 1874

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS. ✻
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	IMBERT
MOITESSIER	GALAVIELLE	BERTIN-SANS
DE ROUVILLE		

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.*	MM. RAYMOND, *agrégé.*
BOSC, *professeur.*	VIRES, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PAUL
ET DE MA SŒUR PAULE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE JOSEPH PUJOL
MÉDECIN DE 1re CLASSE DES COLONIES

A MON FRÈRE EMILE

A MA SŒUR THÉRÈSE

P. PUJOL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ VIRES

MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL GÉNÉRAL

A TOUS MES AMIS

P. PUJOL.

DES RAPPORTS

DE

LA CHLOROSE

AVEC LA TUBERCULOSE

HISTORIQUE ET EXPOSÉ DE LA QUESTION

De tout temps, on s'est préoccupé de savoir si la chlorose et l'anémie constituaient un premier symptôme de tuberculose ou n'étaient qu'un symptôme de prédisposition. Asw'hell disait : « C'est une question de la plus haute importance que de savoir si la phtisie est une conséquence de la chlorose et de l'aménorrhée, ou bien si ces dernières ne sont qu'un symptôme de la première affection ou du moins de la disposition préalable de l'organisme à la phtisie ».

Après lui, beaucoup d'auteurs se sont occupés de cette question : Trousseau, Grancher, Hayem, G. Sée, Potain.... plusieurs thèses : La Chlorose (thèse d'agrégation, Moriez, Paris 1880) ; Des rapports de la chlorose avec la tuberculose (thèse de doctorat, Félici, Paris, 1888);

Diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire commune (thèse de doctorat, Battle, Paris, 1888).

Nous prendrons, dans les conclusions de chacune de ces thèses, celles qui intéressent le plus particulièrement notre sujet, faisant ainsi un résumé bref des opinions parues jusqu'à la thèse de Papillon, Paris, 1898.

De la thèse de Moriez, retenons ce fait : « C'est que la tuberculose des parents peut prendre chez les enfants le masque de la chlorose, et, dans certains cas, se manifester plus tard avec ses caractères propres ».

La thèse de Félici est plus explicite :

« L'observation, dit-il, montre que, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, la chlorose vraie peut exister et coexiste fréquemment avec la phtisie pulmonaire. L'hérédité peut, dans une même famille, se manifester sous forme de tuberculose chez quelques-uns des descendants, sous forme de chlorose chez les autres, par une combinaison des deux états chez quelques-uns.

» Lorsque la tuberculose se développe chez une personne chlorotique, l'invasion de la maladie est annoncée par la résistance toute spéciale de la chlorose au traitement et plus tard par la diminution, voire même la disparition des souffles vasculaires. Ces phénomènes imposent au médecin l'obligation d'ausculter très attentivement les poumons ».

Battle, parlant de l'auscultation comme moyen de diagnostic, dit ceci : « On ausculterа enfin les malades qui offriront certains symptômes généraux, troubles gastro-intestinaux ou *chloro-anémiques* à l'abri desquels la tuberculose pulmonaire dissimule souvent ses débuts insidieux. Si l'inspiration rude et basse ne peut autoriser l'affirmative, on nous accordera bien, tout au moins, qu'elle suffit

amplement à légitimer l'intervention thérapeutique. »

Telles étaient les données de la science sur la chlorose et la tuberculose jusqu'à l'apparition de la thèse du docteur Papillon : *Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, en particulier chez les chlorotiques* (Paris, 1898).

Cet auteur formule les conclusions suivantes : « Il est possible de diagnostiquer chez les chloro-anémiques la tuberculose pulmonaire avant l'apparition de tout signe stéthoscopique et avant l'apparition du bacille de Koch dans l'expectoration. »

« Ce diagnostic précoce repose sur l'habitus extérieur, sur la capacité respiratoire et surtout sur les caractères du pouls et de la pression artérielle. »

Nous reprendrons, dans notre travail, toutes les études faites jusqu'à ce jour, sur les rapports de la chlorose et de la tuberculose. Nous établirons, ensuite, que la chlorose dans beaucoup de cas, précède la tuberculose, masque la tuberculose et est fonction de tuberculose.

Dans notre premier chapitre, nous étudierons les preuves étiologiques tirées de l'hérédité directe ou collatérale tout en donnant un rapide aperçu de l'association de la chlorose, stigmate tuberculeux, avec la sténose mitrale, avec l'adénopathie trachéo-bronchique, avec la syphilis.

Le chapitre deuxième sera consacré à l'étude des preuves cliniques. Cinq observations viendront à l'appui de notre travail, nous mettre sur la voie du diagnostic qui fera l'objet du chapitre troisième.

Dans un quatrième chapitre, nous donnerons nos conclusions.

Mais avant d'entrer en matière, il est bon de s'entendre sur les mots « anémie » et « chlorose ».

Sous le nom « d'anémie » on ne désigne pas une diminution de la masse du sang, mais une diminution du nombre des globules rouges, accompagnée ou non d'une diminution du chiffre de l'hémoglobine qu'ils contiennent. Il faut encore distinguer entre anémie primitive essentielle et anémie symptomatique : (a) *anémie primitive*, chlorose, anémie pernicieuse, progressive et leucocythémie ; (b) *anémie symptomatique* des diverses hémorragies, des infections aiguës, des infections chroniques (tuberculose) maladies organiques diverses, intoxications, cancer.

La chlorose est une anémie essentielle primitive, accompagnée de tous les troubles fonctionnels des anémies, débutant surtout chez les jeunes sujets, à l'époque de la puberté, défaut d'évolution de l'hématie aboutissant à l'insuffisance fonctionnelle.

Chlorose et anémie ne sont donc pas synonymes. L'anémie est un symptôme dont les origines et les variétés sont multiples et complexes. Il n'y a pas une anémie entité morbide. Il y a des anémies symptomatiques d'hémorragies, de spoliation de toute nature et de tout ordre subies par l'organisme. Il y a des anémies symptomatiques d'infections aiguës, d'infections chroniques.

La chlorose est une entité morbide : elle reconnaît pour cause l'insuffisance fonctionnelle, l'affaiblissement de tout le système hématopoiétique ; elle est une hypoplasie hématique ; elle est fonction de la déchéance organique et trouve son origine dans les profondeurs de l'hérédité.

Ce n'est que tout récemment que cette distinction a pu être faite. Jusque-là, anémie et chlorose avaient été confondues ; et l'on disait des tuberculeux, par exemple, qu'ils étaient des chlorotiques, des anémiques, des

chloro-anémiques. C'est Trousseau qui tint le premier pour suspectes certaines chloro-anémiques, les ayant vu par la suite réaliser la bacillose. « En général, dit-il, un praticien doit se défier d'une chlorotique qui, au début d'un premier traitement, supporte mal les préparations ferrugineuses. La diathèse tuberculeuse se cache souvent sous la forme de chlorose ».

Mais, est-ce là de la chlorose au sens que nous y attachons aujourd'hui ? Est-ce une anémie symptomatique de la bacillose au début ? Dans le livre de Grancher, la distinction n'est pas faite, mais l'affirmation que la chloro-anémie masque souvent la tuberculose y est énergiquement soutenue. « En fait, dit-il, et depuis que j'examine les chlorotiques avec la méthode et les règles d'application que je vous soumets, je trouve bien souvent quelque anomalie respiratoire à l'un ou l'autre sommet. Les jeunes filles chloro-anémiques que nous venons d'examiner dans le service de mon collègue, M. Rigal, et chez qui vous avez constaté avec moi la respiration rude et grave localisée au sommet, sont en puissance de tuberculose. »

Labadie-Lagrave distingue la chlorose et l'anémie. A l'exemple de Hayem, il admet que l'une et l'autre peuvent se montrer chez des tuberculeux, et il étudie à part la chlorose des tuberculeux et l'anémie des tuberculeux. C'est qu'en effet il y a une anémie symptomatique de la bacillose, anémie comparable à toute anémie causée par une infection générale.

Il y a enfin des rapports d'affinité entre la chlorose et la tuberculose.

Chlorose et tuberculose peuvent apparaître à la puberté. Chlorose et tuberculose peuvent se rencontrer dans le même organisme, un même facteur peut leur donner

naissance ; la chlorose même n'est souvent que la traduction, chez les descendants, de la tuberculose de l'ascendant, et ainsi cette chlorose prend une importance énorme puisqu'elle est une dystrophie hématique héréditaire, de nature bacillaire, puisqu'elle est un stigmate de bacillose ancestrale.

Prenons, en effet, la chlorose, entité morbide. Qui frappe-t-elle de préférence ? Les jeunes filles après l'établissement des règles entre 14 et 21 ans, à 17 ans en moyenne.

Pourquoi ces jeunes filles, à la puberté, deviennent-elles chlorotiques ? Quelle est la prédisposition qui les y conduit ? C'est l'hérédité. Hérédité directe ou indirecte, bien plus souvent indirecte, scrofule et tuberculose.

CHAPITRE PREMIER

L'hérédité similaire existe sans conteste et on peut l'observer fréquemment. La chlorose peut frapper la totalité des femmes dans une même famille pendant plusieurs générations. Quelques auteurs, cependant, ne regardent pas la chlorose comme une maladie héréditaire. Mais il existe des faits innombrables qui établissent l'hérédité directe de cette maladie. Rech, de Montpellier (Coleman, Thèse de Montpellier, 1840), citait, dans ses cours, l'histoire de quatre sœurs, qui, à l'époque de la puberté, furent successivement prises de chlorose ; leur mère avait été elle-même chlorotique.

Mashall-Hall faisait observer que lorsque, dans une même famille, plusieurs filles sont affectées de chlorose, il est fréquent de voir les hommes porter une pâleur habituelle.

C'est aussi l'avis de Potain : « Les filles d'une femme chlorotique, dit-il, sont souvent toutes chlorotiques, quelque excellentes que soient du reste les conditions où on les fait vivre et, dans certains cas, les enfants du sexe masculin n'échappent pas eux-mêmes à la prédisposition ».

C'est aussi la manière de voir de Germain Sée, qui cite l'exemple d'une famille dont la grand'mère et la mère présentaient le signe de la chlorose. Les enfants, une

fille et deux garçons, pâlirent dès les premiers mois de la vie et conservèrent quelque temps une décoloration très prononcée, avec bruit de souffle et tous les attributs de la constitution chloro-anémique, malgré le maintien de l'embonpoint et des forces.

« Il n'est pas nécessaire, dit Nonat, que la chlorose existe actuellement chez les parents pour que cette transmission ait lieu : il suffit que les parents aient été chlorotiques pendant leur jeunesse ».

A en croire Hayem, il ne faudrait pas, cependant, exagérer cette fréquence. Hayem, en effet, chez les malades de la ville où il a pu contrôler le diagnostic de chlorose chez la mère et chez les filles, n'a rencontré l'hérédité directe qu'une fois sur 20 cas. « On devra donc, avant d'affirmer, dans un cas donné, l'existence de l'hérédité directe, s'assurer qu'il n'existe pas d'hérédité indirecte, ni de cause capable de faire éclore la chlorose chez les individus prédisposés ou non, mais chez lesquels la maladie n'aurait pas évolué d'elle-même » (Luzet).

L'hérédité indirecte est beaucoup plus fréquente. Elle paraît pouvoir être due à des maladies diathésiques très diverses. Trousseau, Combal, Lund, ont insisté sur ce point.

Et parmi ces maladies diathésiques, la tuberculose serait une des plus souvent incriminées, et, avec elle, la syphilis, le mal de Brigth, le cancer, l'alcoolisme, l'arthritisme, pris dans son sens le plus large, etc., etc.

Dès 1838, Ashwell se demandait « si la phtisie est une conséquence de la chlorose et de l'aménorrhée, ou bien si ces dernières ne sont qu'un symptôme de la première affection, ou au moins de la disposition préalable de l'organisme à la phtisie ».

Moriez, élève de Combal, en fait une transformation de diathèses.

Luzet y voit l'éveil d'un état morbide par une diathèse, par une déviation de la nutrition. En effet, dans certains cas de chlorose, le vice de nutrition, la dyscrasie, se traduit non seulement par une insuffisance de la rénovation sanguine, mais encore par des malformations artérielles. Eh bien ! cette dyscrasie peut reconnaître pour cause soit l'arthritisme, soit une intoxication, soit et le plus souvent, la tuberculose. Des malformations organiques du poumon et du cœur (disproportion de volume), faisant le fond de la diathèse scrofulo-tuberculeuse, « pourquoi ne pas admettre que la scrofulo-tuberculose pourrait, à un moment donné, dans des conditions qui nous sont encore inconnues, donner naissance à cette déviation de la nutrition qui pourra créer la chlorose ? » (Luzet).

C'est imbu de ces idées que Combal put constater, « dans la clientèle privée, où l'on peut voir évoluer les maladies de famille, que, le plus souvent, les chlorotiques sont en puissance d'une diathèse scrofuleuse, transmise par leurs parents » (Moriez).

Trousseau, Lund, Wirchow, Combal, Moriez, Hanot, ont successivement émis cette idée, montré sa justesse, développé et précisé les conditions de causalité qui réunissent la chlorose et la tuberculose.

Trousseau avait parfaitement vu les rapports qui unissent certaines chloroses et la prédisposition à la phtisie ; il avait vu des chlorotiques devenir tuberculeuses et il avait créé le groupe des fausses chloroses pour les faits de cet ordre.

A. Lund admet, lui aussi, entre la pthisie et la chlorose, un rapport spécial. Il en est de même de Wirchow.

« La chlorose et la tuberculose sont de la même famille, dit Hanot (*Presse médicale*, 1891). La tuberculose est la source habituelle de la chlorose. Les parents tuberculeux ne transmettent pas à leurs enfants la tare spécifique, mais ils ne leur lèguent qu'un capital vital, si je puis dire insuffisant. Pendant les premières années, que la scrofule ait déjà ou non signalé la prédisposition, les ressources ne sont pas visiblement inférieures aux nécessités de développement. Mais, au tournant de la puberté, au moment de la mise en demeure pour l'organisme, en prévision de la génération d'un surcroît de vie plastique et d'une extension des activités fonctionnelles, l'insuffisance originelle surgit de toute part : comme une faillite, sinon une banqueroute, la chlorose apparaît. Et si, en réalité, la chlorose proprement dite ne se produit que chez la femme, c'est que, chez elle, l'échéance de la puberté, prélude de la maternité et de tout ce qu'elle impose, est beaucoup plus lourde que pour l'homme. »

Arrivons à des faits plus précis. La thèse de Jolly, Paris 1890, inspirée par Gilbert, élève de Hanot, met bien en lumière cette influence de l'hérédité tuberculeuse ancestrale sur les descendants chlorotiques. Jolly, dans sa thèse, publie une statistique personnelle de 54 cas. Sur ces 54 chlorotiques examinées par lui, Jolly a constaté que, 29 fois, elles étaient issues de souche tuberculeuse : le père ou la mère étaient morts de phtisie pulmonaire. Deux fois, c'est chez des oncles ou des tantes qu'on retrouve la bacillose : deux fois, il existe à la fois hérédité directe et indirecte. Dans un certain nombre de cas, 8, la tuberculose se rencontre chez des collatéraux. Enfin, la plupart des chlorotiques ayant servi aux observations de Jolly portaient des traces de scrofulo-tuberculose.

Comme conclusion à cette statistique, il y a donc ce fait que, dans 74 pour 100 des cas de chlorose, on rencontre une contamination tuberculeuse familiale, et que dans 26 pour 100 des cas environ, il y a eu des manifestations de scrofule.

« La chlorose, dit Gilbert, présente donc avec la tuberculose d'étroites affinités. L'interprétation du fait est malaisée. Si l'on veut bien, toutefois, reconnaître que la tuberculose est héréditaire, que son hérédité gît, non dans la transmission de la graine, mais dans celle du terrain, on pourra concevoir, sans pénétrer dans l'intimité des phénomènes, que les enfants issus de souche tuberculeuse traduisent la déchéance de leur race, entre autres façons, soit par l'aptitude à la tuberculisation, soit par l'hypoplasie hématique qui constitue le substratum anatomique de la chlorose »

Le professeur Landouzy n'admet pas de chlorose qui ne soit pas fonction de tuberculose.

Une autre thèse de Paris, 1888 : *Des rapports de la chlorose et de la tuberculose,* Félici, est aussi très concluante. Sur 16 observations, nous trouvons l'hérédité tuberculeuse mentionnée 9 fois.

Le dernier ouvrage paru sur cette question est : *Diagnostic précoce de la tuberculose. en particulier chez les chlorotiques* (Papillon, Paris, 1897). Cet auteur, sans aller aussi loin que Hayem, qui semble partisan d'un certain antagonisme entre la chlorose et la tuberculose, n'admet pas cet antagonisme, mais n'attache aux renseignements sur l'hérédité qu'une importance très faible, « celle d'un signe de présomption ».

Hayem, Hanot, ont démontré que la chlorose est un mauvais terrain pour la germination de la greffe tubercu-

leuse. Ainsi, Hayem a pu suivre pendant de longues années 10 cas de chlorose franche et s'est assuré que, sur ce nombre, il ne s'est fait que deux tuberculisations secondaires. La première, chlorotique à 17 ans, commence à 35 ans une bacillose lente et, 5 ans après, limitée exactement au sommet droit. La seconde fait sa tuberculose quatre ans après la chlorose, mais à forme extrêmement lente.

Cet antagonisme est, du reste, confirmé par Trousseau, Pidoux, Germain Sée, Hérard, Cornil et Hanot.

D'ailleurs la chlorose, stigmate tuberculeux, ne se rencontre pas toujours liée à la tuberculose. Nous retrouverons ce symptôme, stigmate tuberculeux, associé avec la sténose mitrale, l'adénopathie trachéo-bronchique et avec la syphilis.

Pour la sténose mitrale, avec Hanot et Gilbert, nous pourrons nous demander si la tuberculose n'agit pas sur le cœur pour produire le rétrécissement mitral pur, maladie du développement, comme elle agit dans la chlorose sur le cœur et sur le sang. Voilà pourquoi on retrouve souvent la chlorose associée à la sténose mitrale.

Sur le terrain de la clinique courante et pour ce qui concerne l'adénopathie trachéo-bronchique, nous ne trouvons à peu près qu'une cause dont elle relève : c'est la tuberculose. C'est elle qu'il faut accuser chaque fois que des symptômes de lésions ganglionnaires viendront à se manifester. L'adénopathie trachéo-bronchique est, dans l'immense majorité des cas, une affection latente ; la chlorose vient souvent masquer une bacillose au début et les enfants meurent tuberculeux.

La syphilis héréditaire, se localisant souvent aux poumons peut, dans certains cas, être liée à une tuberculose.

et, au début, le diagnostic de phtisie syphilitique et de phtisie tuberculeuse peut rester en suspens, être caché derrière une chlorose ou une anémie. Ce ne sera que plus tard que l'apparition du bacille de Koch et l'administration sans résultat du traitement antisyphilitique feront conclure à une chlorose ou à une anémie symptomatique de tuberculose.

CHAPITRE II

Preuves cliniques. — Trousseau, le premier, dans une leçon clinique de l'Hôtel-Dieu, estime que l'on ne doit pas traiter indifféremment toutes les chlorotiques par la médication martiale.

« Vous êtes surpris, dit-il, de me voir prescrire des médications si différentes à plusieurs femmes qui sont dans le service de la clinique, et qui, toutes, vous paraissent atteintes de chlorose. Toutes, en effet, sont pâles, cachectiques, névralgiques ; chez presque toutes, vous trouvez des bruits de souffle dans les vaisseaux du cou, et pourtant j'institue un traitement fort différent pour des cas en apparence identiques.

» C'est que je suis loin de regarder l'anémie et la chlorose comme deux mêmes maladies ; et, si, comme je le reconnais aisément, il y a dans la chlorose une anémie profonde, il ne s'ensuit pas le moins du monde que les anémies soient des chloroses. La décoloration du sang, la modification dans les rapports de ses éléments se montrent dans une multitude d'états pathologiques fort différents les uns des autres, et je suis convaincu que la confusion introduite par quelques-uns de vos maîtres dans le diagnostic des maladies qui ont pour élément commun l'anémie fait chaque jour de nombreuses victimes ».

Et, à l'appui de ses assertions, il donne les observations de trois chlorotiques de son service. Pour l'une d'elles, il fut mis sur la voie du diagnostic par de légères hémoptysies, qui avaient précédé l'entrée de la malade à l'hôpital. Cette malade, à son entrée à la clinique, ne présentait qu'une expansion pulmonaire moins ample à droite qu'à gauche, dans la fosse sus épineuse droite. Et le diagnostic fut vérifié.

Chez la seconde malade, depuis 18 mois, Trousseau refuse de lui donner la médication martiale. « C'est qu'elle aussi, dit-il, a une fausse chlorose ; c'est qu'elle a dans l'un des sommets du poumon une inspiration faible qui me préoccupe et m'alarme ».

Cette malade n'avait, d'ailleurs, jamais bien supporté les préparations ferrugineuses. « Si, ajoute Trousseau, dans une maladie qui a les apparences de la chlorose, le médecin échoue après avoir varié et le choix et les doses des préparations martiales, il doit se défier et, presque toujours, s'il applique son attention, il découvrira quelque affection grave, qui déjà se révèle par des signes évidents. »

Ainsi donc, Trousseau est catégorique. Il avait vu des chlorotiques devenir tuberculeuses, tout en admettant des chloroses vraies absolument indemnes de tuberculose. Il estimait que souvent la chlorose masque la tuberculose, précède la tuberculose, est fonction de tuberculose.

Grancher est du même avis que Trousseau, que Wirchow, Landouzy, que Jolly.

Les thèses que nous avons déjà citées apportent tout un faisceau de preuves cliniques, qu'il serait difficile de méconnaître.

Félici, en effet, appuie ses conclusions sur 16 observations cliniques.

Nous avons déjà parlé des observations de M. Jolly. Nous n'y reviendrons pas.

Nous-même apportons trois observations qui confirment les précédentes :

Observation Première

(Observation prise à la consultation gratuite par M Bire, aide de clinique à la Faculté)

Chlorose chez une malade porteuse d'un rétrécissement mitral

N... Virginie, 17 ans, domestique, se présente à la consultation gratuite, le 10 novembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Probablement tuberculeux ; tante sûrement tuberculeuse.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade avant l'apparition de ses règles : la malade se plaint depuis cette époque.

Réglée à 13 ans, les règles ont cessé depuis deux mois ; elles avaient aussi disparu d'avril à juillet 1900.

La malade se plaint de maux de tête, de maux d'estomac et surtout d'une grande faiblesse.

Facies subictérique, lèvres décolorées, paupières bouffies, œdématiées

Langue saburrale, sensation de pesanteur à l'épigastre après le repas ; souvent, douleur assez vive à cette région ; anorexie ; digestion pénible, mais jamais de vomissements ; alternative de constipation et de diarrhée.

Dyspnée à la moindre fatigue ; une marche rapide cause un grand essoufflement, la malade est obligée de s'arrêter.

Les maux de tête sont fugaces ; névralgie temporale du côté droit ; obnubilation intellectuelle à certains moments de la journée.

Ne tousse pas, ne crache pas.

Pas de douleur à la miction ; urine peu et rarement ; n'a jamais eu les jambes enflées ; crampes aux mollets ; fourmillements aux jambes ; cryesthésie.

Pouls. — Faible, petit ; artère petite.

Cœur. — Région précordiale soulevée ; frémissement présystolique, qui débute à la fin de la diastole et augmente progressivement jusqu'au début de la systole ventriculaire ; roulement diastolique de Durozier, qui a son maximum à la pointe ; dédoublement du second bruit.

Veines. — Au niveau des jugulaires, bruit de rouet, souffle continu et non intermittent comme celui des artères.

Rate. — Pas d'hypertrophie.

Poumon. — L'auscultation donne, aux sommets droit et gauche, de l'obscurité respiratoire en arrière, et une expiration prolongée en avant.

Estomac. — Légère dilatation.

Urines. — Traces d'albumine au mois d'août 1900. Actuellement rien. (La malade a déjà fait un séjour à l'Hôpital Suburbain.)

Les petits signes de brigthisme pourraient nous faire penser au chloro-brigthisme du professeur Dieulafoy ; mais nous devons penser ici à une chlorose symptomatique de tuberculose, car les signes cardio-vasculaires, les signes pulmonaires, sont d'une netteté si évidente que le diagnostic peut, sans crainte, être maintenu.

Dans cette observation, comme dans les suivantes, nous aurions pu étendre nos investigations et compléter l'étude de la chlorose au point de vue du sang (numération des globules de la malade, de la pression artérielle, du poids, de la valeur en hémoglobine des globules sanguins); mais, en dehors d'un milieu hospitalier, nous avons dû nous contenter d'une observation aussi simple que rapide.

Observation II

(Observation prise à la consultation gratuite par M. Bire, aide de clinique à la Faculté)

(Chloro-anémie symptomatique d'une tuberculose)

A... Emilie, 16 ans, brodeuse, née à Roquefort (Aveyron), domiciliée à Montpellier.

Antécédents héréditaires. — Nuls au point de vue tuberculose.

Réglée à 14 ans et demi; les règles ont cessé depuis deux mois.

Antécédents personnels. — Rougeole, mal de Pott; application de trois appareils plâtrés dans le service de M. le professeur Estor.

Se plaint surtout de céphalées intenses.

Appétit capricieux; anorexie; constipation.

Faiblesse générale.

Bourdonnements d'oreilles, vertiges, caractère irritable.

Dyspnée, essoufflement facile.

Teint subictérique; pâleur de la peau et des muqueuses.

Règles peu abondantes, n'occasionnant pas de douleurs.

N'a jamais eu les jambes ni les paupières enflées.

Pouls. — A peu près normal; un peu faible.

Poumons. — Droit et gauche, respiration rude et soufflante à l'inspiration et à l'expiration ; base gauche : submatité ; sommet gauche : expiration prolongée.

Artères. — Sont petites.

Veines. — Aux jugulaires, on entend très nettement un souffle cardio-vasculaire ou bruit de rouet ; souffle continu, sans paroxysme.

Cœur. — Tachycardie ; à la pointe : roulement présystolique ; premier bruit commençant avec la diastole, se prolongeant avant la systole, symptomatique d'un cœur petit ; roulement diastolique et dédoublement du second bruit.

Se présente à la consultation le 24 novembre 1900.

Dans cette observation, en dehors des signes cardio-vasculaires, nous sommes amené, en dehors des signes que nous constatons au sommet du poumon gauche, à conclure à une chloro-anémie symptomatique de tuberculose.

Observation III

(Observation prise à la consultation gratuite par M. Bire, aide de clinique à la Faculté)

Anémie symptomatique de tuberculose

N..., Emilie, 15 ans, couturière, née à Fondamente (Aveyron), domiciliée à Montpellier, se présente à la consultation le 21 novembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Frère mort de méningite tuberculeuse ; autre frère mort de convulsions ; père nettement tuberculeux ; mère bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole, urticaire. Réglée

à 14 ans et demi. Le dernier mois, au mois d'octobre, les règles ont cessé.

Se plaint d'une faiblesse générale ; anorexie avec vomissements nocturnes ; aigreurs d'estomac.

Hoquet ; céphalées fugaces.

Ne tousse pas en ce moment, s'enrhume facilement en hiver.

Sensation de froid après les repas, dyspnée, étourdissements ; essoufflement facile.

Les paupières sont quelquefois enflées ; le facies est pâle, les muqueuses sont décolorées, mais le teint n'a rien de subictérique ni de verdâtre qui rappellerait le facies chlorotique.

Pouls.— Très peu rapide, artères normales.

Cœur.— Pas de choc à la pointe ni de souffle.

Au cou, bruit de rouet, souffle symptomatique de l'anémie.

Poumon.— Au sommet gauche, respiration soufflante aux deux temps, submatité, expiration prolongée.

L'examen du poumon gauche et les signes cardio-vasculaires nous font conclure à une anémie symptomatique de tuberculose.

DIAGNOSTIC

Ces notions d'acquisition récente nous étant connues, nous pouvons aborder le problème du diagnostic.

« 1° Nous savons que la chlorose est un stigmate de tuberculose. Nous tiendrons donc les chlorotiques comme étant réellement des tuberculeux.

» 2° Nous savons que la toxi-infection bacillaire fait de l'anémie : nous tiendrons donc les anémiques en suspicion, et, recherchant les facteurs divers qui peuvent donner naissance à ce symptôme, nous ferons grande place au facteur bacillose.

» Mais nous devons aller plus avant encore. Chlorose et anémie, symptômes tuberculeux, ne se diagnostiquent pas aisément : c'est la pâleur de la face, le terme vague d'anémie qui constitue le linéament symptomatique. Toute l'attention y est attirée » (Vires).

Est-ce de la chlorose vraie ?

Est-ce de l'anémie prétuberculeuse ?

1° La chlorose vraie. — Le facies est pale, à reflets verts: χλωρα χλωρατα, disait Hippocrate. La rougeur des muqueuses s'efface ; les lèvres, les conjonctives se distinguent à peine des téguments ; les oreilles deviennent presque diaphanes. Le pâle visage de la chlorotique prend une expression de langueur et de tristesse toute particu-

lière ; les yeux sont cernés et sans éclat; les paupières un peu gonflées ; les traits, amollis et mal dessinés. Quelquefois, ce masque, fait de blanc et de jaune verdâtre, est animé par des yeux brillants, « des yeux de poupée » (Peter), qui se voilent par instant, ou par la carnation des joues, trop souvent fugitive, persistant seulement dans les cas qu'on a désignés, pour cette raison, sous le nom de *chlorosis fortiorum*.

On peut observer de la bouffissure, de l'œdème, non seulement autour des yeux, mais un peu partout : aux mains, où il apparaît et disparaît avec une très grande rapidité ; aux membres inférieurs, autour des malléoles et principalement le soir. Arétée avait déjà signalé cet œdème chez les chlorotiques : *stantibus pedes intumescunt*». On a différencié cet œdème chlorotique de l'œdème de l'anasarque. Suivant Gordien, la différence est dans ce fait que l'œdème chlorotique ne conserve pas l'impression du doigt.

M. Petit-Brégnat, dans sa thèse sur le *Facies considéré comme élément de diagnostic* (Paris, 1872), s'exprime ainsi : « Un individu a des chairs flasques, la peau pâle, blafarde, ou plutôt d'une couleur jaunâtre de cire blanche qui a vieilli. Les conjonctives, les lèvres sont décolorées; on n'y reconnaît aucune ramification capillaire. Les veines sous-cutanées sont affaissées, presque vides ; souvent, on ne les distingue plus, ou bien leur trajet se dessine à peine par une nuance violette extrêmement pâle ; quelquefois, au bout d'un certain temps, les yeux deviennent languissants, cernés ; la face, légèrement bouffie, exprime la souffrance ; le malade est triste, abattu. Si cet état s'est produit à la suite d'une longue maladie ou graduellement sans état morbide apparent, chez un homme, vous songerez à

l'anémie. S'il se produit chez une jeune fille à l'époque ou aux environs de la puberté, vous songerez à la chlorose. »

Signes cardio-vasculaires. — Siègent au niveau des *artères,* des *veines,* du *cœur,* des *capillaires.*

Artères. — Le pouls est variable, sans caractères propres. Cependant, d'après les observations de Lorrain, il y aurait un peu d'accélération et une légère tendance au dicrotisme. D'après Luzet, il serait susceptible, surtout dans les carotides, de devenir bondissant au moment des paroxysmes des palpitations cardiaques.

En réalité, comme nous le disions tout à l'heure, n'a pas de caractères spéciaux ; témoin les descriptions qu'en faisaient Cazin et Beau. L'un le voulait petit, faible, dépressible, irrégulier ; l'autre, plus ample et plus fréquent qu'à l'état normal.

Mais, en revanche, la pression artérielle est abaissée ; ceci ressort des observations de Papillon.

On sait combien la dyspepsie est fréquente chez les chlorotiques et, d'un autre côté, Potain a démontré le retentissement que les troubles dyspeptiques peuvent avoir sur le cœur droit par l'intermédiaire du système vaso-moteur pulmonaire (spasme réflexe des artérioles pulmonaires, d'où hypertension de l'artère pulmonaire et dilatation du cœur droit). « Or, dit Papillon, s'il y a spasme des capillaires pulmonaires, il y aura diminution de l'afflux sanguin dans les veines pulmonaires, dans l'oreillette gauche, par suite, diminution des ondées sanguines qui repartiront du cœur gauche. En même temps, les deux ventricules étant solidaires, toute cause d'affaiblissement et de

ralentissement de la contraction de l'un aura les mêmes effets sur l'autre. »

Donc, s'il y a affaiblissement de l'impulsion donnée par le ventricule gauche au jet sanguin, il y aura abaissement de la pression artérielle. Et, d'après Papillon, cet abaissement de la pression artérielle aurait son maximum au moment de la digestion stomacale et tomberait à 12 centimètres et au-dessous. Et chacun sait que ce niveau est considéré comme caractéristique de la tuberculose. Or, Papillon cite, à l'appui de son opinion, les observations de deux chloro-anémiques pures, présentant une dilatation du cœur droit d'origine gastrique et un abaissement de la pression artérielle et qui n'ont jamais présenté le moindre signe suspect de tuberculose.

Veines. — Les signes veineux ont une importance beaucoup plus grande. Ils ont leur siège d'élection du côté droit du cou, parce qu'ils y sont plus fréquents et plus nets qu'à gauche.

Palpation. - Si on fait tourner la tête du malade à gauche de façon à tendre fortement le sterno-mastoïdien, et si l'on applique le pouce de la main gauche à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule, on sent entre les deux corps du muscle un frémissement cataire. Ce frémissement cataire est la perception tactile des vibrations, dont la perception auditive constitue le bruit de souffle que nous entendrons à l'auscultation. Ce frémissement est variable d'intensité suivant la tonalité du souffle.

Auscultation. — Le stéthoscope appliqué au même point et avec légèreté, permet d'entendre un bruit de souffle

continu avec renforcement (Bouillaud). C'est à ce bruit de souffle qu'on a donné les noms variés de bruit de *diable,* bruit de *guimbarde,* bruit de *rouet.* On les a comparés au *roucoulement d'une tourterelle*, au *murmure d'une mouche*, au *bruit de la mer*.

Ces bruits de souffle siègent sur le trajet des jugulaires et c'est sur celui de la jugulaire interne qu'ils acquièrent le plus d'intensité.

Quoique n'étant pas l'apanage exclusif de la chlorose, ils ne se rencontrent pas dans les anémies symptomatiques. Trousseau en fait un souffle purement chlorotique.

Cette opinion est excessive. Nous lui accorderons cependant une grande valeur diagnostique, et le constatant lié à d'autres symptômes chlorotiques, nous diagnostiquerons chlorose.

Capillaires. - C'est à des modifications dans la circulation capillaire que sont dues « les alternatives de coloration et de décoloration du visage, si fréquentes chez les chlorotiques; la pâleur permanente des conjonctives ; la syncope locale si manifeste dans le *digitus semi mortuus* » (Moriez).

Cœur. — A la percussion, la matité est augmentée en hauteur et en largeur : il y a non pas hypertrophie, mais, comme l'a si bien vu M. le professeur Carrieu, dans deux cas où la radiographie du cœur a été faite, dilatation du cœur, élévation du cœur. Il n'y a pas, en effet, de signe certain de cette augmentation physique du cœur. « Cependant, pour Pearson, Irvini, les signes physiques sont presque démonstratifs : le choc de la pointe, chez les chlorotiques, dit-il, est trop en dehors, trop diffus et correspond à l'im-

pulsion du cœur, qui est ordinairement claquant comme dans une affection organique suivie de dilatation. Quelquefois, l'impulsion soulève distinctement la paroi thoracique et, sans aucun doute, l'hypertrophie peut se produire » (Moriez). C'est aussi l'opinion de Parrot.

Palpitations. — Les pulsations du cœur, dit Bouillaud, presque toujours augmentées de fréquence, deviennent en même temps irrégulières et quelquefois le désordre est tel qu'il semble y avoir une anarchie complète dans le rythme, une véritable folie du cœur.

A l'auscultation, on entend des bruits de souffle.

a) Le premier siège de ce bruit, c'est la base du cœur et le foyer maximum est le foyer pulmonaire (au niveau du deuxième espace intercostal gauche). Parfois, un bruit de souffle existe à droite, au foyer aortique, et aussi intense qu'à gauche.

b) Un second siège des bruits de souffle chlorotique c'est la pointe du cœur, et le foyer maximum, c'est la région étendue de la pointe à l'appendice xiphoïde.

Les souffles de la pointe sont doux et filés ; ceux de la base de tonalité, plus élevés et de timbre plus musical.

Que sont ces souffles ? Etudiés par Hayem chez un très grand nombre de chlorotiques, cet auteur a donné le résultat de ses observations à Moriez dans la note suivante : « Le souffle cardiaque est systolique ; il a le plus souvent son maximum à la pointe, soit au niveau du mamelon, soit sur le bord gauche du sternum, entre la quatrième et la cinquième côtes. Ce souffle a une tonalité très variable, rarement musical, il est le plus souvent analogue au souffle doux et filé de l'endocardite récente.

Quelquefois fort, ce souffle n'est jamais rude, ronflant, ni en jet de vapeur, comme dans les lésions de l'orifice mitral.

Dans les chloroses de moyenne intensité, il a son maximum à la base, au niveau du deuxième cartilage costal gauche ; dans les chloroses intenses, son maximum est le plus souvent à la pointe. D'après mes observations, le maximum de la base est plus rare que celui de la pointe. (Ce n'est pas l'avis de M. le professeur Carrieu, qui croit que ce souffle a son maximum à la base, et nous nous rangeons à son avis). Dans quelques cas, on trouve deux foyers maxima distincts, au niveau desquels les souffles sont différents, surtout au point de vue de leur tonalité.

Le souffle cardiaque des chlorotiques se prolonge constamment à la base, le long de l'aorte et dans les gros vaisseaux, où la pression du stéthoscope fait entendre un souffle diastolique souvent très intense.

L'accélération des battements du cœur produite par un mouvement, une émotion, une cause réflexe, atténue toujours le souffle cardiaque et le supprime même quelquefois d'une manière passagère. Le souffle reparaît dès que les battements du cœur se ralentissent.

Hayem ajoute avoir observé un dédoublement du deuxième bruit. Ce fait, d'après lui, serait rare. Mais Hayem ne connaissait pas le retrécissement mitral pur. Or, il est très fréquent de trouver ce signe associé à la chlorose.

Ces souffles ne se rencontrent-ils que dans la chlorose? Sans vouloir entrer dans les discussions sans nombre que la question a soulevées, nous nous rangerons à l'avis de M. le professeur Vires, qui nous a enseigné combien était grande leur importance diagnostique, et nous concluons avec lui que, si ces souffles manquent, le diagnostic de chlorose ne doit pas être porté.

2° Anémie prétuberculeuse. — *Facies.* — La face est jaunâtre ; ce n'est pas le jaune-paille des cancéreux ni le jaune terreux des utérins, c'est un jaune spécial que Constantin Paul avait pittoresquement appelé « jaune de Venise ».

Il n'existe pas de signes cardio-vasculaires; pas de bruit de rouet aux jugulaires, pas de souffle à la base et à la pointe du cœur, sauf dans les anémies trop marquées.

Nous différencierons ainsi la chlorose de l'anémie. Nous pourrions rapporter les données hématologiques récentes et le résultat apporté par la numération des globules. Outre que ce sont des données impossibles à réaliser hors du milieu nosocomial et de l'instrumentation de laboratoire, les résultats semblent être inconstants et peu précis.

Nous ne voulons cependant pas passer sous silence les très intéressantes observations de Papillon sur le pouls et la pression artérielle chez les chlorotiques : « Doit être considéré, dit-il, comme en voie ou, tout au moins, en imminence de tuberculisation, toute chloro-anémique dont le pouls présente exactement la même fréquence, quelle que soit la position (couchée, assise ou debout) du sujet dont la pression artérielle radiale est inférieure à 13 cent. de mercure, sans qu'on puisse trouver une autre explication suffisante de ce phénomène; la principale cause d'erreur réside dans les abaissements de pression coïncidant avec les perturbations cardio-pulmonaires dues à des réflexes d'origine abdominale; de même qu'inversement, une néphrite, ou bien une complication ou une poussée fébrile intercurrentes peuvent déterminer une élévation de pression qui pourra compenser et au-delà l'abaissement de la pression artérielle due à l'infection tuberculeuse ».

Pour ces expériences, Papillon s'est servi du sphygmomanomètre de Potain. Rappelons que cet auteur fait de ces signes des symptômes de tuberculose, et cela avant l'apparition de tout signe stéthoscopique et l'apparition du bacille de Koch dans les crachats.

Il est encore une question à l'ordre du jour : c'est l'analyse des urines chez les chlorotiques et chez les bacillaires, au point de vue phosphates. Le chiffre moyen des phosphates contenus dans l'urine d'un individu sain étant de 2 gr. 50, M. A. Robin a trouvé ce chiffre abaissé à 0 gr. 50 dans un cas de chlorose et à 0 gr. 55 dans un autre. D'un autre côté, ainsi qu'il ressort des recherches de Teissier, il y aurait toujours dans l'urine, dans une tuberculose au début, une augmentation notable de phosphates.

Ce fait aurait donc une importance capitale. Nous sommes d'autant plus heureux de le signaler, que nous apportons à l'appui de ce fait deux observations que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Carrieu.

Bertha S..., bonne allemande, entrée le 2 février 1900. Diagnostic : chloro-anémie essentielle. Examen des urines : phosphates 1 gr. 68. Donc, phosphates diminués.

Deuxième observation. — X..., salle Bichat n° 22.

Chlorose symptomatique de bacillose.

Phosphates à leur taux normal. Or, de par sa chlorose, il devrait y avoir diminution, mais, de par sa bacillose, il y a compensation.

Dans la *Semaine médicale* du 31 octobre 1900, nous trouvons signalée l'amyotrophie scapulo-thoracique comme signe révélateur ou confirmatif de la tuberculose pulmonaire au début.

« L'atrophie de la partie supérieure de la musculature scapulo-thoracique est un signe peu connu de tuberculose pulmonaire au début. Cette atrophie, qui est plus ou moins généralisée dans les cas de tuberculose avancée, est, au contraire, localisée pendant le premier stade de cette affection. Elle intéresse tantôt le creux sus-claviculaire, tantôt le creux sous-claviculaire, tantôt la loge sus-épineuse, ce dont il est facile de se rendre compte, par comparaison avec le côté opposé.

L'absence de cette atrophie, comme celle, du reste, du bacille de Koch dans les crachats, ne permet pas d'exclure le diagnostic de tuberculose ; mais sa constatation devra toujours éveiller l'attention du clinicien et elle lui permettra souvent de déceler la tuberculose chez un sujet considéré jusque-là comme indemne de cette affection.

La pathogénie de ce trouble trophique est, sans doute, analogue à celle des amyotrophies arthropathiques ; l'altération des filets nerveux de la plèvre retentit sur la moelle, soit par action réflexe, soit par dégénérescence rétrograde, soit par réaction à distance.

M. Roussel, dans la *Semaine médicale* du 28 novembre 1900, fait connaître un signe non encore décrit de la première phase de la tuberculose, consistant en ce que, lorsqu'on percute légèrement la poitrine avec l'extrémité du médius ou de l'index recourbé en crochet (percussion unguéale), on éveille une douleur plus ou moins vive, manifeste surtout dans la région sous-claviculaire. Diverses considérations ont amené l'auteur à admettre que ces phénomènes douloureux ont pour siège non la peau, mais les masses musculaires sous-jacentes.

Cette hyperesthésie cutanée est attribuée par M. Roussel, soit à une névrite réflexe, soit à une myosite par propa-

gation, elle se superposerait exactement, dans tous les cas, à des lésions de pleurite sèche du sommet.

En suivant les visites de M. le professeur Carrieu, notre maître nous a fait voir aussi que par la percussion, on déterminait non seulement de la douleur, mais aussi des contractions fibrillaires du pectoral.

Mais, encore une fois, toutes ces données sont des données de laboratoire. Nous nous en tiendrons donc aux différenciations pratiques et courantes.

Et, dans cet ordre d'idées, l'étude de l'état général nous donnera les renseignements les meilleurs et les plus probants.

C'est G. Sée qui a le mieux synthétisé ce diagnostic clinique : « Quand la phtisie se traduit sous les apparences de la chlorose anémie (c'est ce que nous appelons anémie symptomatique de la tuberculose, anémie prétuberculeuse), on peut la caractériser d'un mot : c'est une *dystrophie générale ;* tandis que la chloro-anémie (c'est la chlorose) porte principalement sur le sang.

1° Tous les organes, tous les systèmes, tous les liquides sont en souffrance, en déchéance, dès que la tuberculose a pris possession de l'organisme, le sang est atteint au même titre et dans les mêmes proportions que les autres éléments de l'économie.

2° Le sang est plus altéré dans la chloro-anémie primitive.

3° Les souffles vasculaires, qui sont si marqués et si caractéristiques de la diminution du nombre des globules rouges et de leur déformation, manquent totalement dans la chlorose tuberculeuse.

4° La circulation est constamment accélérée dans la tuberculose anémiante et les palpitations ne cessent pas.

Chez la chlorotique, la circulation a son type normal.

5° La dyspnée des chlorotiques est plus tardive, plus complète que la dyspnée de l'anémie tuberculeuse.

Mais la dénutrition frappe immédiatement le phtisique.

Le chlorotique conserve généralement son embonpoint.

L'anémique perd de son poids et s'amaigrit dès le début.

(*a*) Chez le phtisique, la fatigue musculaire est précoce, complète. C'est elle qui empêche la marche, surtout sur un sol ascendant, ce qui exige plus d'efforts musculaires... ; les membres paraissent frappés d'emblée de dénutrition.

(*b*) Chez le phtisique, la peau, au lieu d'être décolorée, présente une teinte grisâtre, terne, comme chez le cachectique.

Au total, conclut G. Sée, l'état des muscles, de la peau, les oxydations de la nutrition générale, tout indique une déchéance immédiate qui, chez le chlorotique, ne frappe que le sang. »

G. Sée donnait encore comme caractère distinctif, le suivant : la chlorose est apyrétique ou, du moins, ne présente jamais de véritable mouvement fébrile comme la tuberculose.

Or, il est des chloroses fébriles, Mollière l'a démontré. C'est donc un signe qui n'a pas de valeur.

Telles sont les différences qui séparent la chlorose de l'anémie tuberculeuse. Le plus souvent elles nous suffiront et nous faciliteront le diagnostic.

CONCLUSIONS

Il n'est pas indifférent de conclure à l'existence, chez une malade, de la *chlorose* ou de l'*anémie*.

Si nous disons *chlorose*, nous nous souviendrons que la chlorose souvent précède la tuberculose, cache la tuberculose, est manifestation héréditaire de tuberculose.

L'observation apprend aussi que si chlorose et tuberculose ne s'excluent pas, la chlorose peut atténuer la marche de l'infection bacillaire et en limiter les désordres.

Si nous disons *anémie*, nous nous souviendrons qu'anémie n'implique qu'un symptôme banal ; que ce symptôme trahit souvent une tuberculisation en voie d'évolution.

Ce sera donc pour nous un devoir impérieux, de rechercher les signes héréditaires ou acquis de la tuberculose, d'exercer sur les sommets une attentive et fréquente surveillance.

Avec Papillon, nous dirons aussi :

« Doit être considérée comme en voie ou en imminence de tuberculose toute chloro-anémique :

1° Dont le pouls présente exactement la même fréquence quelle que soit la position (couchée, assise ou debout) du sujet ;

2° Dont la pression artérielle radiale est inférieure à 13 cent., toutes causes d'erreur mises à part.

BIBLIOGRAPHIE

TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III.
PAPILLON. — Diag. précoce de la tuberculose pulmonaire, en particulier chez les chlorotiques. (Thèse de Paris, 1897).
MORIEZ. — La chlorose (Thèse d'agrégation, Paris, 1880).
LUZET. — Chlorose. — *Bibliothèque Médicale,* Charcot-Debove.
PETIT-BRÉGNAT. — Du facies considéré comme élément de diagnostic (Thèse de Paris, 1872).
FÉLICI. — Des rapports de la chlorose et de la tuberculose (Thèse de Paris, 1887).
BATTLE. — Diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire commune (Thèse de Paris, 1888).
GERMAIN SÉE. — Du sang et des anémies.
— — Phtisie bacillaire.
HAYEM. — *Le sang* et *Leçons cliniques.*
LABADIE-LAGRAVE. — Maladies du sang.
ROUSSEL. — *Semaine Médicale,* 28 novembre 1900.
BOIX. — *Semaine Medicale,* 31 octobre 1900.
JOLLY. — De la chlorose et de la tuberculose (Thèse de Paris, 97-98).
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 12 janvier 1901.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil
de l'Université,
Ferdinand CASTETS.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 12 janvier 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !